

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

271

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Schlema MEDWÉDOWSKY

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RAPPORTS

DE LA

Tuberculose du Larynx et de la Gestation

ET EN PARTICULIER

de la Mort subite au cours de l'Accouchement

Président : M. COUVELAIRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1922

271

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

178

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Schlema MEDWÉDOWSKY

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RAPPORTS

DE LA

Tuberculose du Larynx et de la Gestation

ET EN PARTICULIER

de la Mort subite au cours de l'Accouchement

Président : M. COUVELAIRE, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinales	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSO	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEI-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME A SA MÈRE

A MON FRÈRE A MES SŒURS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Contribution à l'étude des rapports

DE LA

Tuberculose du Larynx et de la Gestation

ET EN PARTICULIER

de la Mort subite au cours de l'accouchement

Il est traditionnel, avant de terminer ses études, de remercier ses Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux. L'accomplissement de cette tradition est pour nous un honneur et un plaisir. Nous avons hautement apprécié la bienveillance avec laquelle les maîtres nous ont toujours traités, et l'idée morale qu'ils nous ont donnée du rôle du médecin nous servira de guide dans l'exercice difficile de notre profession. Nous tenons à remercier tout particulièrement M. le professeur Couvelaire, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse. Nous devons également exprimer notre grande et sincère reconnaissance à M. le Dr Pissavy, médecin des Hôpitaux, chez qui nous avons accompli une année d'externat, qui nous a toujours montré un exemple admirable de travail et de douceur, qui nous a appris le rôle important du médecin dans la lutte contre la « maladie sociale », la tuberculose. Nous remercions enfin très sincèrement M. le Dr Powilewicz, chef de Clinique obstétricale, pour les conseils précieux qu'il a bien voulu nous donner et qui nous ont aidé dans notre travail.

INTRODUCTION

Les rapports réciproques de la tuberculose du larynx et de la gestation ont déjà fait l'objet d'un certain nombre de travaux dont la plupart dans la courte période de 1900 à 1908. Nous n'avons pas la prétention de reprendre actuellement l'étude complète de cette question si complexe, ni d'apporter des solutions nouvelles. Nous voudrions seulement attirer l'attention sur un point complètement omis dans les travaux antérieurs, savoir la mort subite au cours du travail de l'accouchement, fait qui s'est produit dans l'unique observation de notre thèse. Eventualité rare, exceptionnelle peut-être, mais non moins intéressante, car elle soulève des problèmes angoissants de pratique médicale. D'ailleurs, est-ce un fait réellement aussi exceptionnel que semble le prouver son absence dans la littérature médicale? Ne pouvait-on croire également exceptionnelle la coïncidence de la tuberculose laryngée et de la gestation avant les tout premiers travaux à ce sujet? Il a suffi cependant d'attirer l'attention sur ces faits, d'inviter les médecins à enregistrer leurs observations pour voir celles-ci assez nombreuses dans un espace de temps relativement court.

HISTORIQUE

Les six premières observations de tuberculose laryngée chez la femme gravide ont été enregistrées par Dumont-Lelcir au Congrès international d'Obstétrique et de Gynécologie tenu à Genève en 1896 (4 observations de Rémy de Nancy, 1 observation d'Aysager, 1 obs. personnelle)

En 1901, Arthur Küttner, au LXXIII^e Congrès des Naturalistes allemands à Hambourg, réunissait 15 cas dont 8 personnels, et posait pour la première fois la question de la conduite à tenir.

Löhnberg publie en 1903 5 cas personnels et 2 empruntés au traité de Türck. Godskesen réunit 46 observations, A. Léwy 71. Betz de Mayence apporte une statistique des 12 cas.

En 1906, Le Barthas, dans une thèse à Paris apporte 14 observations personnelles. En 1906 également, E. Félix de Bucarest publie une statistique de 82 cas, dont quelques-uns personnels.

En 1907, Küttner à la Société allemande de laryngologie à Dresde, présente un rapport important basé sur 231 observations empruntées à différents auteurs. Sokolowsky a réuni dans son travail d'ensemble en 1908, tous les documents parus jusqu'à ce jour. A partir de 1908, les travaux deviennent beaucoup plus rares: nous n'avons pu trouver dans la littérature que deux observations françaises: celle de Chambrelent en 1909 et celle de Rendu en 1915 (obs. incomplète, la femme n'ayant pas été suivie). En 1914, Imhoper de Prague essaie d'éclaircir la pathogénie de la tuberculose laryngée chez la femme gravide. En 1918, Neumayer revient sur la question de la conduite à tenir.

ETIOLOGIE

Il est une première notion qui se dégage de presque tous les travaux parus : c'est l'existence des manifestations de tuberculose pulmonaire, soit avant, soit au début de la gestation, mais qui précèdent presque toujours l'apparition de la phtisie laryngée. Dans les quinze premières observations de Küttner, la tuberculose pulmonaire était primaire dans tous les cas. Sur les 82 cas bien étudiés de Félix, on n'a pas trouvé de manifestations pulmonaires chez trois femmes seulement. Sur les 14 observations de Barthas, chez une seulement. Ceci a son intérêt, car nous savons, qu'en dehors de la gestation, la tuberculose du larynx est également presque toujours secondaire et vient compliquer la tuberculose pulmonaire dans un tiers des cas environ : « Le terme de tuberculose primitive du larynx ne doit, sauf exception, être pris que dans un sens clinique, car l'apparition des signes pulmonaires est souvent tardive, surtout dans la forme végétante et la forme à tumeur » (1). Il ne semble donc pas y avoir de différence entre ce qui se passe en dehors de la gestation et au cours de celle-ci ; autrement dit, l'état de gestation ne crée pas la tuberculose du larynx, mais peut-être prédispose seulement à sa localisation secondaire, ce qui cadre bien avec les notions nouvelles sur la pathogénie de la tuberculose chez la femme gravide, notions que nous indiquerons brièvement dans le chapitre de la pathogénie. Il semble également que tous les auteurs sont d'accord sur la proportion indifférente des primipares et des multipares frappées de tuberculose laryngée : déjà Küttner l'avait

1. J. Collet, *Tub. du pharynx, larynx et du nez.*

constaté dans son rapport. Félix a 24 primipares pour 33 multipares (de 2 à 10 grossesses). Barthas sur 14 n'a que 5 primipares; 2 secondipares, 2 à la troisième gestation, 2 à la quatrième, 2 à la cinquième, 1 à la onzième. La question du début des manifestations laryngées par rapport à la période de la gestation est plus importante. Sur 71 observations de Félix où il a pu avoir tous les renseignements, la tuberculose du larynx a débuté: dix-sept fois avant le début de la gestation (une fois, lésion guérie depuis longtemps), quarante-deux fois au début ou dans la première moitié de la gestation, douze fois dans la deuxième moitié.

Le Barthas, sur ses 14 observations a vu débiter la tuberculose laryngée quatre fois au début de la gestation, une fois au troisième mois, deux fois au cinquième, quatre fois avant la gestation. Sur les 15 observations de Küttner, douze fois la tuberculose a débuté dans la première moitié, une fois avant la gestation, une récédive d'une ancienne lésion guérie. Les statistiques des autres auteurs donnent des proportions sensiblement analogues. Deux conclusions peuvent être tirées de ces faits:

1° La tuberculose laryngée débute dans la majorité des cas au début, ou tout au moins dans la première moitié de sa gestation;

2° Il n'est pas fréquent de voir des femmes atteintes de tuberculose laryngée devenir enceintes.

Il faut enfin attirer l'attention sur la possibilité du début apparent de la tuberculose laryngée, ou de son aggravation, après la gestation, au cours de l'allaitement ou immédiatement après celui-ci. On sait en effet, que cela est assez fréquent pour la tuberculose pulmonaire où l'allaitement paraît jouer un rôle au moins aussi important que la gestation elle-même. L'allaitement, d'ailleurs, doit encore être proscrit parce qu'il présente un grand danger, presque fatal, pour l'enfant.

PATHOGENIE

Pour expliquer cette localisation de la tuberculose sur le larynx, Barthas invoque une relation directe entre l'état physiologique de la gestation et le larynx. Voici ce qu'il dit: « Dans la question des rapports réciproques de la grossesse et de la tuberculose du larynx, il nous semble logique de voir un nouvel exemple venant s'ajouter à la série de faits déjà anciens (changement de la voix au moment de la puberté, par exemple) qui ont établi une relation entre les organes génitaux et le larynx.. Castex a observé plusieurs fois des femmes enceintes présentant de l'enrouement et une congestion du larynx. Tout rentrait dans l'ordre après l'accouchement. » Küttner rejette cette hypothèse, car il y aurait alors beaucoup plus de tuberculoses laryngées au cours de la gestation, ce qui n'est pas le cas. Il voit là simplement une influence indirecte de la gestation. Celle-ci altère l'état général, la circulation, la respiration, provoque des vomissements, diminue l'appétit et le sommeil, active pour ces diverses raisons la lésion du larynx. D'autre part, Imhoper de Prague, a examiné au point de vue du larynx 200 femmes gravides. Il a constaté chez la majorité, du gonflement et de la tuméfaction du nez et du larynx. Au larynx, le siège de prédilection de ces phénomènes est la paroi postérieure, et le gonflement serait constatable dans 50 0/0 des cas. Dans 20 0/0 des cas seulement, le larynx était absolument indemne. Cette tuméfaction rétrocede peu de jours après l'accouchement, il est rare qu'il existe encore au bout d'une semaine. Ces modifications sont d'ordre mé-

canique et à rapprocher des autres stases vasculaires périphériques, observées pendant la gestation, les varices ou hémorroïdes par exemple. Imhoper n'a pas vu que cette lésion s'observât avec plus de fréquence chez les femmes gravides que leurs antécédents héréditaires ou personnels, que l'auscultation pulmonaire rendait suspectes de tuberculose. Dans un cas, une femme enceinte pour la cinquième fois, présentait un enrrouement reconnaissant pour cause une parésie des thyro-arythénoïdiens internes avec occlusion glottique défectueuse. Deux jours après la délivrance, cette parésie disparaissait et la voix redevenait normale. Cette femme affirmait que cet enrrouement s'était produit à chacune de ses gestations et disparaissait après la délivrance (1). Il résulte donc de ces travaux d'Imhoper, qu'il y a indiscutablement des modifications assez importantes au niveau du larynx chez la majorité des femmes gravides. D'autre part, d'après les notions nouvelles mises en lumière par E. Sergent, grâce à la cutiréaction à la tuberculine, la tuberculose des adultes s'expliquerait dans la presque totalité des cas par des réinfections venues de l'extérieur ou par une autoréinfection, surprenant dans les deux cas l'organisme dans une période d'anergie, de perte de l'immunité acquise dans le jeune âge. La gestation créerait justement, comme la rougeole ou la coqueluche, des modifications humorales correspondant à l'état d'anergie, ce qui joint à l'atteinte toujours primaire des poumons, et aux altérations temporaires au niveau du larynx, étudiées par Imhoper, nous expliquerait cette prédisposition et réceptivité spéciales du larynx.

1. J. Collet, *Tub. du pharynx, du larynx et du nez.*

EVOLUTION

Il nous faut maintenant envisager l'influence de la gestation sur la tuberculose laryngée et réciproquement. Au premier abord, c'est le sort de la mère qui doit fixer notre opinion sur ce sujet. Les statistiques de Küttner sont désolantes: les 15 premiers cas s'étaient tous terminés par la mort peu après la délivrance, au plus tard cinquante jours après. Sur les 231 observations réunies dans son rapport de 1907, 200 femmes moururent pendant la gestation ou peu après l'accouchement, ce qui donne une mortalité de 90 0/0. Les statistiques de Godskesen, de Sokolowsky ne sont guère meilleures. Betz de Mayence rapporte au contraire 12 cas avec des résultats moins défavorables: une malade survécut dix-neuf mois, une quatre ans. De trois malades chez qui la tuberculose laryngée ne s'est montrée que dans les derniers mois de la gestation, l'une mourut un an plus tard, une autre survit encore après treize mois, une autre après trente mois. Enfin une malade atteinte au deuxième mois guérit. Sur les 82 cas de Félix, 65 se sont terminés par la mort, dont la plupart dans les semaines ou mois qui suivirent l'accouchement. La statistique de Barthas est beaucoup plus favorable: sur 14 femmes atteintes, 7 ont survécu, de 2 on n'a pas eu de nouvelles. L'unique cas de Chambrelent s'est terminé par la mort de la femme quatre jours après l'accouchement. En somme, de la majorité de ces travaux, il semble ressortir que l'influence de la gestation sur la tuberculose du larynx est très souvent néfaste, la gestation imprime à la tuberculose laryngée une allure

destructive, une marche rapide, surtout vers la fin de la gestation, de telle sorte que la plupart des femmes meurent bientôt après l'accouchement, le plus souvent par affaiblissement progressif et par généralisation de la tuberculose pulmonaire. La gravité paraît démontrée également par le chiffre élevé des cas dans lesquels apparaît le symptôme « dyspnée menaçante », nécessitant la trachéotomie (15 sur 230). Il faut cependant faire remarquer qu'il existe dans la littérature un certain nombre des cas heureux. D'abord si le début de la tuberculose laryngée ne survient qu'à la fin de la grossesse, celle-ci ne paraît plus en général influencer la lésion laryngée, si l'allaitement n'a pas eu lieu. D'autre part, la forme « tumeur tuberculeuse » ne subit également pas l'influence défavorable de la gestation (2 cas de Heryng, 1 cas de Schmiegelow, 1 de Freytag, 1 de Jüngerich). Il y a enfin des cas de tuberculose laryngée banale sur lesquels la gestation n'a aucune action défavorable. Collet rapporte un certain nombre de ces cas heureux (Rühle, Finger), dont un personnel, et il tire la conclusion que « des lésions peu étendues, non évolutives existant déjà depuis un certain temps peuvent ne pas être aggravées par la grossesse. Il se passe ici quelque chose de tout à fait analogue à ce qui s'observe pour la tuberculose pulmonaire ou les cardiopathies ».

Quelle est l'influence inverse de la tuberculose du larynx sur l'évolution de la gestation et sur l'œuf? La première statistique de Küttner ainsi que les conclusions antérieures de Dumont-Leloir semblaient montrer qu'aucun enfant n'est porté à terme. Sur 15 cas, 4 enfants naquirent au neuvième mois, 8 au huitième, 3 au septième. Il résulte cependant des travaux ultérieurs que cette éventualité n'est pas du tout la règle. Sur 58 cas de Félix, il y a eu 22 accouchements à terme, 7 au neuvième mois, 10 au huitième, 6 au septième, 3 au sixième, 1 au cinquième,

1 au quatrième. De même, des 14 cas de Barthas, 11 femmes ont accouché spontanément: 6 à terme ou près du terme, une au neuvième mois, 3 au huitième, 1 avortement à deux mois. De telle sorte que Barthas a pu dire que « l'influence de la tuberculose du larynx sur la grossesse se ramène à de rares avortements, et à des accouchements prématurés assez fréquents. Le plus souvent, la grossesse arrive à terme sans accident ». Mais quelle est la valeur de ces enfants venus à terme ou près du terme? Si nous jugeons d'après les seuls chiffres des statistiques, nous sommes amenés à croire que très peu de ces enfants arrivent à leur complet développement et survivent plus d'une année. Cela a été l'opinion de Küttner qui donna dans sa première statistique une mortalité infantile de 55 0/0, dans son rapport de 1907 une mortalité de 70 0/0. Barthas cependant indique déjà un pourcentage de 36 0/0 seulement et dit que « les enfants vivants présentaient une vitalité et un développement normal ». Pour juger dans un sens défavorable cette question de la valeur des enfants issus de mères atteintes de tuberculose du larynx, les statistiques antérieurs, croyons-nous, n'ont aucune valeur, ou même permettent dans une certaine mesure tirer des conclusions opposées. En effet, déjà Küttner avait remarqué que la survie des enfants était plus fréquente dans la classe aisée.

D'autre part, si nous prenons par exemple la statistique de Félix portant sur 58 accouchements, nous avons 23 enfants ayant survécu, chiffre déjà important par lui-même. Mais ce qui est plus intéressant dans cette statistique, c'est le chiffre de 7 enfants seulement morts-nés ou morts bientôt après l'accouchement. *Les autres enfants sont morts dans les premiers mois.* Et comme on ne nous dit pas dans quelles conditions ces enfants ont été placés, s'ils étaient notamment éloignés de leurs mères qui mouraient dans le même temps des progrès rapides de leur tubercu-

lose laryngée et pulmonaire, nous sommes en droit de conclure, que la presque totalité de ces enfants ont suc combé à la tuberculose contractée de leurs mères. Nous savons en effet des recherches récentes, que les enfants des tuberculeuses naissent presque toujours aussi sains que les autres enfants normaux, mais que la contagion se fait rapidement dans les premières semaines ou mois de leur vie, que cette contagion est d'autant plus grave qu'on laisse plus longtemps l'enfant aux côtés de sa mère. Nous insistons sur ce point, car il est très important dans la discussion des interventions sur la mère. Ainsi voilà résumées les influences réciproques de la gestation et de la tuberculose du larynx, telles qu'elles ressortent des travaux faits à ce sujet jusqu'à ce jour. Nous voyons qu'il n'y a pas été question de l'influence de la tuberculose du larynx sur le travail de l'accouchement. La plupart du temps, les choses se passeraient en effet sans accident, le travail, la délivrance, les suites des couches étant simples et bénins au point de vue obstétrical. Telle paraît être la règle, mais des exceptions peuvent exister, et un accident inattendu et redoutable peut survenir, comme dans notre observation. C'est sur cet accident possible que nous voulons attirer l'attention et chercher par quels moyens on pourrait essayer le prévenir, quelle conduite tenir une fois l'accident produit. Il est donc logique de placer ici l'observation mentionnée.

OBSERVATION

Il s'agit d'une femme âgée de 38 ans au huitième mois de sa gestation, chez laquelle on relève cinq gestations antérieures de 1905 à 1915. Accouchements spontanés à terme avec enfants vivants. De ces enfants élevés par la mère deux sont morts en bas âge. En 1920, avortement de cause imprécise et à la suite de cet avortement la femme se plaignant d'une douleur au côté

gauche du thorax, un médecin consulté porte le diagnostic de pleurite gauche. A cette époque cependant l'état général semble peu modifié. Nous arrivons maintenant à la 7^e gestation, celle qui actuellement nous intéresse. Jusqu'à 7 mois et demi elle se passe sans dommage apparent, quand brutalement à cette date s'installe un tableau clinique impressionnant constitué par une dyspnée permanente très marquée, sur laquelle se greffent des crises parxystiques intenses d'une durée d'une demie heure à une heure et survenant la nuit surtout. La femme reste ainsi, sa dyspnée s'accroissant plutôt. Au bout de quinze jours elle entre en travail : elle s'est alors transportée des environs de Paris en chemin de fer à la clinique Baudelocque, où elle arrive à 11 heures. La femme est examinée immédiatement. Elle est assise sur son lit en proie à une dyspnée intense. La tête est rejetée en arrière, les muscles sterno-cléido-mastoldiens fortement tendus, les yeux sont saillants, le visage est couvert de sueur, mais de coloration normale, les pupilles sont très dilatées mais égales. Il existe un ralentissement du rythme respiratoire, treize respirations à la minute. La dyspnée porte surtout sur l'inspiration qui est prolongée et pénible. La voix est éteinte, il n'y a pas de cornage mais le tirage sus-sternal et épigastrique est très marqué. A l'examen du poumon la percussion révèle une submatité du sommet gauche, l'auscultation est impossible. A l'examen du cœur rien à signaler, la tension artérielle est de 14/8 au Pachon, la température de 37°. A l'examen obstétrical la dilatation est entre 1 et 2 francs. L'enfant vivant se présente par le sommet.

On fait immédiatement une injection sous-cutanée d'un centigramme de morphine, on applique des compresses chaudes au-devant du larynx, on place des sangsues sur la région mastoldienne. A 13 heures, la respiration est devenue moins pénible et la femme accuse une notable amélioration. Le poulx reste à 60. On fait 3 centimètres cubes d'huile camphrée. A 13 h. 30, brusquement la femme très pâle, fait une inspiration prolongée et pénible suivie d'un arrêt du cœur et de la respiration. C'est la mort subite. On constate la présence des bruits du cœur fœtal et à 13 h. 45 on pratique une opération césarienne post-mortem. L'enfant est en état syncopal. On désobstrue les voies respiratoires et l'on pratique l'insufflation. Dix minutes après les battements cardiaques apparaissent, l'enfant fait quelques mouvements respiratoires, ouvre les yeux. Mais peu à peu les

mouvements respiratoires s'espacent, l'enfant se cyanose et la respiration cesse.

L'autopsie de la femme a permis de faire les constatations suivantes : A l'ouverture du thorax — adhérences pleurales très marquées des deux côtés ; adhérences du péricarde au plas-



tron sterno-costal. Le péricarde séreux offre des plaques dépolies et rugueuses. Les deux poumons sont farcis de nodules tuberculeux, surtout nombreux au niveau du sommet gauche. Au larynx, lésions bourgeonnantes de deux côtés mais surtout véritable caverne anfractueuse au niveau de la corde vocale supérieure droite ; toute la muqueuse est blanchâtre, anémiée. A noter enfin que le nerf récurrent gauche est enclavé au niveau de son passage au-dessous de l'aorte dans une masse ganglionnaire à éléments indurés et noirâtres. Le diagnostic porté et

que confirment les constatations de l'autopsie est celui de tuberculose du larynx (Voir figure),

A quoi attribuer cette mort subite?

Les traités classiques de laryngologie disent peu de choses sur la mort subite ou seulement rapide des tuberculeux laryngés. Le professeur Moure de Bordeaux dit: «La mort est généralement la conséquence de l'aggravation simultanée des lésions pulmonaires et laryngées. Elle survient par la cachexie due aussi bien à la fièvre résultant des lésions pulmonaires, qu'à l'inanition à laquelle est souvent condamné le malade porteur d'une tuberculose laryngée vestibulaire. Elle peut survenir par sténose glottique, par conséquent par suffocation » J. Collet s'étend un peu plus sur les modes de la mort de ces tuberculeux: «La dyspnée peut s'installer progressivement ou avoir un début subit. Ce début soudain en quelques heures ou même en moins de temps, est habituellement attribué aux dyspnées de cause nerveuse, au spasme glottique par exemple; on a pu constater au laryngoscope de la paralysie des dilatateurs; or, chacun sait combien cette paralysie se double facilement de spasme glottique et même combien il est difficile de la différencier du spasme au point de vue laryngoscopique. Mais on aurait tort d'attribuer aux troubles de l'innervation tous les cas de dyspnée subite; la périchondrite, l'infiltration prononcée des arythénoïdes aboutissant à l'immobilisation cricoarythénoïdienne bloquent le passage glottique avec une rapidité presque égale... La dyspnée de cause nerveuse, par spasme glottique, n'est pas niable; il est des cas où par leur caractère intermittent les accès de dyspnée accusent nettement cette origine. Gouguenheim et Tissier, trouvant à l'autopsie les récurrents englobés par des ganglions lymphatiques hypertrophiés et dégénérés ont attribué la dyspnée à la compression récurrentielle. Cette interprétation ne saurait être gé-

néralisée... La mort presque subite peut survenir chez des malades porteurs de lésions minimes, comme chez cette femme de quarante ans, observée par Massier, qui ne présentait que quelques villosités interaryténoïdiennes et une petite ulcération de la corde vocale gauche, il n'y avait pas de paralysie recurrentielle, ni autre trouble de la motilité. A quelque temps de là, la malade présente à trois jours d'intervalle quelques crises syncopales avec tirage et cernage, et succombe pendant l'une d'elles en moins de dix minutes. Il est rationnel d'attribuer la mort à un spasme glottique puisque le laryngoscope n'avait pas montré de paralysie recurrentielle ou des dilatateurs de la glotte ».

Notre observation paraît présenter un exemple complexe : la dyspnée brusquement installée, devenant permanente et entrecoupée des paroxysmes intermittents, paraît relever d'une de ces causes nerveuses décrites par Collet, probablement d'un spasme glottique, car on n'a noté aucun trouble caractéristique de la phonation avant l'apparition de cette dyspnée. Cependant la mort de cette femme n'est pas survenue par asphyxie progressive mais bien par *syncope subite au moment d'une accalmie de la dyspnée*. On est donc en droit de se demander si cette syncope chez une parturiente ne relève pas, en partie au moins, du mécanisme dit « par inhibition ». On sait en effet des expériences de Claude Bernard sur le nerf laryngé supérieur, des expériences de Paul Bert et de Brown-Séquard, ainsi que des observations cliniques médico-légales devenues classiques, que le larynx, avec l'abdomen et l'utérus, est un des organes tout spécialement disposé pour le développement de ces phénomènes d'inhibition. Dans notre cas, le rôle du traumatisme provoquant le réflexe inhibiteur, aurait été joué par le travail de l'accouchement, facilité par une irritabilité déjà grande du nerf laryngé supérieur, puisque c'est ce nerf qui est à l'origine également du

spasme glottique. L'accident serait encore plus à redouter pendant la période d'expulsion, car le larynx joue un rôle important dans les efforts de cette période. Ces considérations évidemment hypothétiques sont d'une grande importance pratique au point de vue de la conduite à tenir, comme nous le verrons plus loin. Nous diviserons donc le chapitre de la conduite à tenir chez une femme gravide et atteinte de tuberculose du larynx en trois parties: conduite au cours de la gestation, au début ou pendant le travail, enfin en cas de mort subite.

Conduite au cours de la gestation

Nous ne nous arrêterons pas longtemps sur la trachéotomie qui a été autrefois conseillée comme moyen curatif de la tuberculose laryngée. La trachéotomie, dit le professeur Maure, n'a pas acquis droit de cité dans la pratique générale et a été condamnée par un bon nombre de spécialistes: « Dans bien des cas, en effet, l'opération aggrave la lésion pulmonaire et occasionne une irritation trachéale sans avoir d'effet véritablement favorable sur l'organe vocal. Cette opération reste donc la ressource ultime des sténoses laryngées tuberculeuses ». D'ailleurs, au point de vue obstétrical, les statistiques que nous avons citées, démontrent l'absence de toute influence favorable de la trachéotomie. Félix cite 16 trachéotomies faites du cinquième au huitième mois avec 12 issues fatales; cependant il considère que la trachéotomie exécutée à temps avant que la lésion du larynx soit désespérée, est un moyen curatif?

C'est Küttner qui a le premier soulevé la question de l'opportunité d'une intervention obstétricale chez la femme gravide atteinte de tuberculose laryngée. Dans son rapport de 1907, il arrive aux conclusions suivantes, en divisant les cas en trois catégories: 1° Ceux où la mère

est irrémédiablement perdue: il est alors indiqué de sauver l'enfant en menant l'accouchement à terme; 2° Ceux où un excellent état général coexiste avec une lésion minime (tuméfaction d'une corde vocale, petite ulcération, infiltration modérée de la paroi postérieure). L'expérience apprend qu'ils peuvent demeurer stationnaires: ils sont donc à surveiller quitte à intervenir si une aggravation se manifeste. Il faut rapprocher de ces cas ceux où la lésion du larynx ne survient que dans les derniers mois de la gestation; 3° Ceux où une tuberculose laryngée diffuse à évolution active se manifeste dans la première moitié de la gestation. Dans ces cas où la mortalité de l'affection abandonnée à elle-même est de 90 0/0, il est d'avis de pratiquer l'avortement. Après Küttner, tous les auteurs allemands ont manifesté le même esprit interventionniste: certains même allaient jusqu'à discuter l'opportunité de la stérilisation de la femme après l'issue heureuse de l'avortement (Sokolowsky, Betz). En 1918 encore, Neumayer déconseille formellement le mariage aux tuberculeuses pulmonaires, et préconise l'avortement précoce dès la moindre manifestation évolutive du côté du larynx.

A l'opposé des auteurs allemands, les Français se sont élevés contre l'intervention obstétricale. Pinard, au Congrès de Rome, a déclaré ne pas connaître un seul cas démonstratif de l'influence favorable de l'avortement sur l'évolution de la tuberculose laryngée. Barthas également dans sa thèse, arrive aux conclusions suivantes: « L'avortement provoqué ne paraît pas avoir d'influence utile contre les lésions laryngées qui n'évoluent pas moins rapidement dans beaucoup de cas. L'accouchement prématuré provoqué précipite l'évolution des lésions. L'avortement supprime un individu souvent capable de vivre, sans profit pour un autre souvent condamné à bref délai ». Si nous tenons, d'autre part, compte des observations des auteurs allemands eux-mêmes, où l'avortement, soit spon-

tané, soit provoqué, n'a pas empêché l'évolution de la tuberculose laryngée; si nous pensons aux cas assez nombreux où la tuberculose laryngée revêt une forme ne subissant pas l'influence pernicieuse de la gestation, et surtout si nous pensons au nombre important d'enfants nés vivants, et qu'on peut, et qu'on doit protéger socialement contre la contagion qui les menace dans les premiers jours de leur vie, nous devons conclure que l'interruption de la gestation ne paraît pas devoir être envisagée.

Conduite au cours du travail

Comme nous l'avons déjà dit, les travaux antérieurs ne se sont pas occupés de cette question, car d'après ces statistiques, le travail se passait généralement sans accident. Il faut cependant faire remarquer que dans la statistique de Félix, où il y a 65 issues fatales, nous trouvons deux femmes mortes « pendant l'accouchement ». Il est regrettable que cette mention ne soit pas accompagnée de plus de détails et notamment sur le sort des enfants. De toute façon, il est une éventualité dont la solution s'impose: c'est le cas d'asphyxie imminente, qu'elle soit sous la dépendance d'une sténose organique du larynx ou d'une cause nerveuse. Il faudra dans ce cas faire le plus tôt possible une trachéotomie, avec anesthésie locale, dissection plan par plan, hémostase soigneuse et injection intratrachéale de cocaïne avant l'ouverture de la trachée. Mais dans les cas où il n'y a pas menace immédiate d'asphyxie, ne pourrait-on faire un traitement ayant chance de prévenir l'accident plus redoutable encore de la mort subite « par inhibition » comme elle semble s'être produite dans notre cas? Le reflex inhibiteur dans ce cas, ayant son point de départ dans la muqueuse laryngée, innervée par le nerf laryngé supérieur particulièrement irrité, on peut se demander si une suppression tempo-

raire de sa sensibilité, une « section physiologique » ne pourrait pas éviter l'accident redouté. Cette « section physiologique » du nerf laryngé supérieur, son analgésie a été bien étudiée dans ces dernières années par les laryngologistes, qui la préconisent surtout dans le traitement du symptôme « dysphagie douloureuse » des tuberculeux laryngés pour supprimer justement la sensibilité de la muqueuse irritée. Certains auteurs d'ailleurs, considèrent cette méthode comme un moyen curatif de la tuberculose laryngée: Halphen écrit: « La disparition de la dysphagie a des conséquences thérapeutiques tout au moins surprenantes. L'œdème, l'infiltration diminuent; il semble que la douleur avait entraîné un reflex de vaso-dilatation par hyperémie des régions innervées par le nerf sensitif irrité et que cette irritation disparue la muqueuse laryngée reprenne son volume normal ». L'analgésie du nerf laryngé supérieur peut être obtenue momentanément par l'injection à son niveau des anesthésiques locaux habituels, mais pour être durable, il faut y adjoindre de l'alcool. La technique et les résultats de ces injections ont été étudiées dans leurs thèse par Celles de Bordeaux et Paul Boncour de Paris. Ce dernier fait chaque injection en deux séances: dans la première une injection de 1 centimètre cube d'une solution de novocaïne à 1 0/0 plus une goutte d'adrénaline au millième; dans une seconde séance, deux ou trois jours après, il injecte d'abord un liquide anesthésique, ensuite l'alcool à 90 degrés. Dans le cas qui nous occupe où le temps presse, il faut préférer la méthode de Celles qui injecte dès la première séance, 1 centimètre cube de la solution contenant l'alcool et ainsi composée:

Chlorhydrate de morphine.....	0 gr.05
— cocaïne.....	0 gr.20
Antipyrine.....	5 gr.
Chlorure de sodium.....	0 gr.40
Bisulfate de quinine.....	0 gr.50
Alcool à 80° q. s. p.....	50 gr.

Voici la technique telle que Celles la décrit dans sa thèse et qui paraît accessible à tout médecin même non spécialisé.

PREMIER TEMPS : *Recherche des points de repère.* — Le malade étant assis la tête en position de repos, cherchez d'abord de l'index et du pouce gauche la pomme d'Adam plus ou moins saillante; les doigts remontant ensuite vont tout d'abord tomber dans une gouttière transversale (espace thyro-hyoïdien) au-dessus duquel toujours en remontant ils rencontreront une saillie également transversale donnant la sensation d'une mince baguette sous-cutanée: c'est l'os hyoïde. Les deux doigts sans lâcher contact devront glisser en dehors le long de cet os jusqu'à ce qu'ils arrivent à son extrémité qui est la grande corne. Ils devront garder précieusement ce repère cependant qu'avec l'index droit on s'assurera que le paquet vasculaire carotidien bat bien en dehors de notre région.

DEUXIÈME TEMPS : *Ponction et injection.* — Maintenir toujours l'index gauche contre la grande corne, cependant que le pouce gauche s'en écartera en bas afin de bien tendre et immobiliser la peau à ce niveau. Alors juste au-dessous de l'index gauche à un 1/2 centimètre en dedans et au-dessous de la grande corne, enfoncez l'aiguille perpendiculairement et obliquement en dehors à une profondeur de 1 cm. 1/2 environ. En imprimant à l'aiguille des légers mouvements de latéralité, on sentira très souvent à son extrémité un cordon qu'elle accroche: c'est le nerf laryngé supérieur. Dès les premières gouttes on verra le malade porter la main vers l'oreille du côté correspondant.

TROISIÈME TEMPS : Retirer brusquement l'aiguille et passer une couche de teinture d'iode.

La même intervention sera pratiquée du côté opposé. En résumé, la méthode de l'alcoolisation du nerf la-

ryngé supérieur paraît devoir être conseillée chez toute femme gravide et atteinte de tuberculose laryngée évolutive, même sans dysphagie, dans le dernier mois de la gestation. Et si cela n'a pas été fait, on peut pratiquer cette injection dès le début du travail, puisque l'analgésie est obtenue très rapidement et dure huit à vingt jours.

A côté de ce traitement préventif s'adressant directement au larynx, quelle doit être la conduite au point de vue obstétrical proprement dit? Faut-il hâter le travail par des moyens artificiels: injection d'extrait d'hypophyse, bal-lons de Champetier de Ribes? Assurément non, car ces moyens provoquant et exagérant les contractions utérines douloureuses ne peuvent être que très dangereux au point de vue qui nous occupe. Il reste une intervention obstétricale plus radicale qui pourrait être envisagée et qui donnerait au moins une garantie sérieuse d'avoir un enfant vivant. *C'est l'hystérotomie abdominale conservatrice.* Dans la statistique de Félix, nous voyons déjà la mention d'une césarienne faite au neuvième mois de la gestation, un mois après la trachéctomie. La femme est morte le lendemain, l'enfant bientôt après l'opération; mais les détails sur les circonstances dans lesquelles cette opération avait été pratiquée nous manquent. Tout récemment, le professeur Couvelaire et M. Powilewicz, chef de clinique à la Faculté, dans une communication qu'ils ont faite le 9 janvier 1922 à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris, portant sur l'observation de notre thèse, ont nettement posé la question de l'opportunité de l'opération césarienne conservatrice dans des cas analogues. Evidemment cette opération devra être faite dans ce cas dans les meilleures conditions possibles pour la femme: dès le début du travail, et pas d'anesthésie générale, mais rachianesthésie. Ainsi pratiquée, cette opération ne présenterait pas de dommages pour la mère et assurerait la vie de l'enfant, qu'on devra naturellement éloigner immé-

diatement de sa mère. Il nous reste maintenant à traiter la conduite à tenir en cas de mort subite de la mère.

Conduite en cas de mort de la mère

Nous ne faisons que mentionner la possibilité exceptionnelle d'expulsion spontanée de l'enfant après la mort de la mère. Reimann, réunissant les observations éparses dans la science, a trouvé 54 cas d'accouchement spontané *post mortem*; six fois l'enfant naquit vivant. Reimann invoque deux mécanismes: l'activité utérine persistant un certain temps dans le cas où l'expulsion se fait immédiatement ou bientôt après la mort; la pression des gaz de putréfaction quand cette expulsion se fait plus tard. L'accouchement artificiel *post mortem* a fait au contraire l'objet de très nombreux travaux jusqu'au siècle dernier inclusivement. Dans ces dernières années, l'extension des indications de l'opération césarienne sur la femme vivante a beaucoup diminué l'importance de la question de l'accouchement artificiel *post mortem*. Cependant, nous avons pu trouver dans la littérature des vingt dernières années un nombre encore assez important de ces opérations imposées par les circonstances. La césarienne *post mortem* a été ordonnée par la loi civile de Rome, datant de Numa Pompilius. Elle est actuellement encore obligatoire de par la loi dans certains pays (Italie, Russie). En France, il n'y a pas de loi à ce sujet, le médecin doit agir selon sa conscience. Pratiquement, le médecin peut être quelquefois mis en face de grandes difficultés, le refus du mari par exemple. Cette question est d'ordre médico-légal; nous nous bornerons à rappeler la conclusion de l'Académie de médecine du 7 mai 1861: «Le médecin qui a l'espoir d'extraire du corps de la femme enceinte décédée un enfant dans des conditions d'aptitude à la vie extra-utérine, peut et doit

même, médicalement parlant, pratiquer l'opération césarienne en observant les préceptes de la science ». Les questions les plus importantes pour nous ce sont les méthodes à employer pour cet accouchement artificiel, et les résultats au point de vue de la vitalité des enfants ainsi extraits.

Siméon Claverie, dans sa thèse, préconise l'accouchement forcé par les voies naturelles, se basant d'une part, sur un certain nombre d'observations de mort apparente de la femme, d'autre part, sur une statistique de 27 accouchements ainsi pratiqués avec 11 enfants aptes à vivre. La plupart des auteurs cependant donnent la préférence à la césarienne abdominale qui, si elle est exécutée dans des bonnes conditions, n'est pas plus dangereuse même en cas de mort apparente de la mère, que l'accouchement forcé. Il faut être éclectique, et si la mort de la mère survient à une période avancée du travail, si les parties molles semblent le permettre facilement, ou si les conditions matérielles ne sont pas favorables pour une césarienne abdominale bien conduite, on devra s'efforcer d'extraire l'enfant par les voies naturelles. Combien de temps après la mort de la mère peut-on intervenir avec espoir d'obtenir un enfant vivant? C'est la question de la survie du fœtus qui se pose. Il y a des faits expérimentaux et des faits cliniques qui ont essayé de résoudre cette question. On connaît les expériences de Buffon sur la résistance des nouveaux-nés à l'asphyxie: il faisait mettre bas des chiennes dans l'eau tiède et retirait les nouveaux-nés qui vivaient jusqu'à une demi-heure après leur naissance. Dans un travail de Kopp de 1912, nous lisons les conclusions suivantes tirées des expériences de Breslau qui pratiquait l'opération césarienne sur des animaux: la mort apparente du fœtus survient déjà au bout d'une minute et dure au plus huit minutes après la mort de la mère; on ne peut donc retirer un enfant viable si plus

de huit minutes se sont écoulées depuis la mort de la mère. Dans un travail de 1916, J. Harra dit que De Lee a établi expérimentalement que le fœtus pouvait vivre de cinq à vingt minutes après la mort de la mère. Les résultats de ces expériences sont donc peu concluants. Les faits cliniques paraissent également très variables. Nous ne parlons pas des observations tout à fait fantastiques comme celle de Kergaradec où l'autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort de la femme a fait découvrir dans l'utérus un fœtus qui « présentait des faibles mouvements des membres et des contractions plus prononcées des muscles de la face. » Mais l'observation de Tarnier où il a opéré une femme, tuée par une balle dans la tête, vingt minutes après sa mort; l'observation de Viardin où la femme tombée de 10 mètres de hauteur, s'était fracassé le crâne et où l'opération césarienne a été faite trente minutes après, méritent toute considération. Tous les auteurs semblent d'ailleurs d'accord que la survie du fœtus est d'autant plus longue, que le temps entre la cause de la mort et l'arrêt du cœur est plus court. Voici quelques chiffres des dernières dix années :

Kopp. — Accidents gravido-cardiaques; opération césarienne aussitôt après la mort. Enfant en état syncope, rappelé à la vie au bout de quinze minutes. A vécu.

Schæps. — 1^o Eclampsie; césarienne dix-sept minutes après la mort. Enfant en état d'asphyxie, rappelé à la vie au bout d'une heure. Mort des convulsions quarante-huit heures après.

2^o Accidents gravido-cardiaques. Césarienne aussitôt après la mort. Enfant mort-né.

Devèze. — Œdème aigu du poumon. Césarienne aussitôt après la mort. Enfant en état d'asphyxie, rappelé à la vie au bout d'une demi-heure. A vécu.

Colombet. — Méningite cérébro-spinale. Césarienne aussitôt. Enfant vivant.

Harra. — 10 cas variés. Deux enfants ont survécu.

De tous ces travaux, il semble qu'on puisse conclure à la possibilité d'extraire un enfant viable dans des cas moyens de cinq à trente minutes au plus tard après la mort de la mère. Dans tous les cas, il faudra persévérer longtemps, au moins une heure, dans l'emploi des moyens habituels pour rappeler l'enfant, né en état de mort apparente, à la vie, et notamment l'insufflation.

CONCLUSIONS

1° La femme gravide atteinte de tuberculose laryngée évolutive peut être menacée non seulement d'asphyxie par sténose organique ou spasmodique du larynx, mais encore de mort subite au cours de l'accouchement;

2° En cas d'asphyxie imminente, la trachéotomie avec anesthésie locale, avec injection intratrachéale préalable de cocaïne, s'impose;

3° Contre la menace de mort subite il serait indiqué de conseiller l'alcoolisation du nerf laryngé supérieur soit dans les dernières semaines de la gestation, soit au début du travail;

4° Il y a lieu d'envisager l'opportunité d'une hystérotomie abdominale sous rachianesthésie dès le début du travail chez toute femme gravide atteinte de tuberculose laryngée active.

Vu : le Président de la thèse
COUVELAIRE

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris.
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Couvelaire et Powilewicz.* — Communication faite à la Soc. de Gynéc. et d'Obst. de Paris le 9 janvier 1922.
- Dumont-Leloir.* — Grossesse et tuberculose du larynx (Obst. Paris, 1897).
- Küttner (A.).* — Tuberculose du larynx et grossesse (Bull. de laryngol. Otol. et Rhinol. Paris, 1902., V. 25-271.
— Kehlkopftuberculose und Schwangerschaft (Ztschr. für Tub. Leipzig, 1907, XI, 372-385).
- Moure (E.-J.) Lannois Lermoyez, etc.* — Traité pratique d'Oto-rhino-lar., 1921.
- Collet (J.).* — Tub. du pharynx, du larynx et du nez. Paris, 1913.
- Barthas (E.).* — Rapports de la tub. lar. et de la grossesse. Thèse de Paris, 1906-1907, n° 225.
- Félix (E.).* — Tub. lar. et grossesse (Annales des maladies de l'oreille et du larynx, etc., février 1906).
- Tarnier et Budin.* — Traité de l'art d'accouchement, t. II.
- Claverie (S.).* — Sur l'accouchement artificiel immédiat par les voies naturelles post-mortem. Thèse de Paris, 1894-1895, n° 299.
- Viardin (E.).* — De l'opération césarienne post-mortem. Thèse de Paris, 1864.
- Münch (E.).* — De l'accouchement artificiel après la mort. Thèse de Strasbourg, 1864.
- Schæps.* — Ueber zwei Kaiserschnitte an der Toden (Berlin-Klin-Wschschr, 1918, I, V, 221).
- Neumayer.* — Kehlkopftub. und gravidität (München-Mediz-Wschschr., 1918, I, XV, 1171).
- Devèze.* — Un cas de cés. post-mortem (Bull. Soc. d'Obs. et Gyn. de Paris, 1914. 325-330).
- Colombet.* — Lyon médical, 1910, CXV, 1102-1104.
- Chambrelent.* — Contribution à l'étude de la gravité du pro-

- nostic de la tub. lar. chez la femme enceinte (Bull. Soc. d'Obst. de Paris, 1909, XII, 312).
- Harra (J.)*. — Post-mortem cés. section (The med. Record. N. J., 1916, 1. XXXIX, 578).
- Kopp*. — La cés. post-mortem (Russki Wratch St Peters., 1912, 1484-1486).
- Celles (R.)*. — Le nerf laryngé sup., etc. Thèse de Bordeaux, 1912-1913.
- Paul-Boncour*. — Méthodes anesthésiantes ou analgésiantes employées contre la dysphagie des tub. lar. Thèse de Paris, 1911-1912.
- Halphen (E.)*. — Du traitement de la dysphagie dans les laryngites tub. (Paris médical, 1919, XXXIII, 296-298).

